

本書式を誤って受け取られた際は、お手数ですが送信者までその旨をお知らせ頂くとともに、適正に廃棄して頂きますようお願い申し上げます。



日本赤十字社医療センター  
Japanese Red Cross Medical Center

日本赤十字社

## 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

処方箋交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険薬局 名称・所在地
患者氏名: _____	TEL
患者ID: _____	メールアドレス
患者の同意 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 未取得 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否しているが、 治療上重要と考えるための報告	担当薬剤師名

処方せんに基づき調剤を行い、調剤交付いたしました。  
入院前の服薬に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

<b>【報告事項】</b> <input type="checkbox"/> コンプライアンス・アドヒアランスに関して <input type="checkbox"/> 併用薬・サプリメント等飲み合わせに関して <input type="checkbox"/> 常用薬の休薬について <input type="checkbox"/> 他院処方について <input type="checkbox"/> その他
<b>【詳細内容・問題点】</b>
<b>【薬剤師からの情報共有】</b> 患者情報で伝達が必要と思う事